

ный очаг раскрыт, максимально удалены некротизированные ткани, полость промита антисептиками. Изучено применение раствора "Диоксизоль — Дарница", которым смачивали стерильные марлевые салфетки или тампоны и накладывали на раневую поверхность 1 раз в сутки. Срок лечения определяли по ликвидации I фазы раневого процесса: гнойно-серозного экссудата и некроза в ране, динамики заживления ран. Эффективность лечения оценивали, исходя из течения раневого процесса (характер отделяемого из ран, сроки очищения и появления грануляций, исчезновение перифокального отека и инфильтрации тканей), динамики клинико-лабораторных данных (нормализация температуры тела, клинических анализов крови и мочи, биохимических показателей крови, исчезновение признаков интоксикации) и бактериологического исследования.

Результаты микробиологического исследования показали, что в ранах преобладала стафилококковая микрофлора. Используя повязки с раствором "Диоксизоль — Дарница", уже на 2 — 3-и сутки отметили улучшение общего состояния больных, уменьшение перифокального

отека и воспалительного отделяемого из ран, гиперемии кожи вокруг ран, гнойно-некротических участков на раневой поверхности. У ряда больных исчез болевой синдром.

На протяжении 3 — 4 сут лечения отсутствовала гиперемия кожи, резко уменьшился периферический отек, оставались единичные некротические участки, на стенках раны фибрин. На 5-е сутки отсутствовал рост микроорганизмов.

На 5-е — 6-е сутки лечения отек отсутствовал, инфильтрация тканей также отсутствовала или была минимальной. Стенки ран покрыты сочными ярко красными грануляциями. Краевая эпителизация выявлена на 8-е — 9-е сутки.

Таким образом, применение препарата "Диоксизоль — Дарница" в I фазе раневого процесса у больных с неотложной абдоминальной хирургической патологией является высокоэффективным, отсутствуют общетоксическое и аллергическое действие, не повреждается грануляционная ткань.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

М. А. Каштальян, В. Ю. Шаповалов, О. О. Тімуш, О. Б. Тимчук, В. В. Шитря

Одеський державний медичний університет
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) у порівнянні з операцією per laparotomy є менш травматичною, але, не дивлячись на це, ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) залишається на дуже високому рівні. Специфічними чинниками порушення гемодинаміки при ЛХЕ є: підвищення внутрішньоочеревинного тиску при пневмоперитонеумі, положення хворого на операційному столі (Фовлер, Тренделенбург), Показати на власному досвіді важливість та шляхи зниження можливих тромбоемболічних ускладнень (тромбоемболії легеневої артерії та тромбофлебиту вен нижніх кінцівок) при ЛХЕ.

З 2001 по 2006 р. нами виконано 3268 холецистектомій, з них 2871 операції виконано із застосуванням лапароскопічної техніки. Вік хворих складав від 15 до 91 років, переважно хворі жіночої статі (79,7%). Всі хворі, залежно від ризику виникнення ТЕУ, нами розділялись на три групи: 1 — хворі з низьким ризиком — 32%, 2 — хворі з середнім ризиком — 49%, 3 — хворі з високим ризиком — 19%.

Використання еластичного бинтування нижніх кінцівок перед операцією до повного відновлення активності в післяопераційному періоді, методики перемінного пневмоперитонеуму із тиском не вище 12 мм рт.ст. у хворих з середнім ризиком ТЕУ, і не вище 8—10 мм рт.ст. у хворих із високим ризиком ТЕУ, положення Фовлера у межах — все перераховане є, так би мовити, "неспе-

цифічною" профілактикою тромбоутворення, що є доцільною в усіх групах ризику. Тактичні підходи до специфічної антикоагулянтної терапії із застосуванням малих доз нефракційованого гепарину або низькомолекулярних гепаринів мають свої особливості. При проведенні профілактики ТЕУ ми віддавали перевагу еноксапарину (клексану). Так у групі низького ризику вважали доцільним обмежитись "неспецифічною" профілактикою. У групі з середнім ризиком призначали клексан 20 мг 1 раз на добу під шкіру передньої черевної стінки на протязі 4—6 діб. У хворих з високим ризиком ТЕУ призначали клексан 40 мг 1 раз на добу не менше 7 діб. Перше введення еноксипарину в усіх групах проводили за 2 години до операції, окрім хворих у яких супутня патологія (механічна жовтяниця, цироз печінки тощо) прогнозовано могли привести до інтра- та післяопераційної кровотечі. З 2871 хворих, що перенесли ЛХЕ у 12 (0,41%) все ж таки мали місце ТЕУ: ТЕЛА крупних гілок легеневої артерії (ЛА) — 2, ТЕЛА дрібних гілок ЛА — 4, тромбофлебіт підшкірних вен нижніх кінцівок — 6. Летальність від ТЕУ склала 0,07% (2 хворих).

Ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень високий навіть при мініінвазивних методах хірургічного втручання. Однак, адекватна та в повній мірі виконана профілактика дає можливість значно знизити вірогідність розвитку тромбоемболій та обумовлену ними летальність.